МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

КУЙБЫШЕВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

В. Л. ГОЛОВАЧЕВ

ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОГО ЗУДА

777 — хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой
степени кандидата медицинских наук

Куйбышев, 1968

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

КУЙБЫШЕВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

В. Л. ГОЛОВАЧЕВ

ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОГО ЗУДА

777 — хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой
степени кандидата медицинских наук

Куйбышев, 1968

Диссертация выполнена на первой кафедре госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института. Ректор—профессор А. Ф. Краснов. Научный руководитель — заведующий первой кафедрой госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института заслуженный деятель науки РСФСР, профессор А. М. Аминев.

Работа изложена на 163 страницах машинописи. Состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных наблюдений, заключения, выводов и указателя литературы, содержащего 184 отечественных и 120 зарубежных источников; иллюстрирована 12 таблицами, 17 рисунками, 19 микрофотограммами, 1 диаграммой.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор **Барский А. В.**, доцент **Захаров В. В.**

Ведущее высшее учебное заведение Днепропетровский мединститут

Автореферат разослан 7 мая 1968 г.

Защита состоится 196 г. на заседании ученого совета Куйбышевского медицинского института (Чапаевская, 89).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке медицинского института, Арцибушевская, 171.

Ученый секретарь Совета доцент **А. Н. Миронов.**

Лечением анального зуда занимались еще врачи древности (Гиппократ. Ин-Сина), но до сего времени мы не можем сказать, что проблема лечения зуда решена.

Анальный зуд относится к одному из тех заболеваний, изучению которых до самого последнего времени уделялось очень мало внимания, да и то попутно с решением вопросов по этиологии, патогенезу и лечению кожного зуда вообще. В основном это были врачи-дерматологи.

С ростом интереса к заболеваниям прямой кишки в изучение анального зуда включились проктологи. Одними из первых среди них были американские врачи Стоун, 1916, Монтэг, 1926 и другие.

Позднее появляются работы советских ученых (В. Р. Брайцев, 1925, Ф. Ф. Брейтфус, 1935, А. Н. Рыжих, 1954, А. М. Аминев, 1959).

Для лечения анального зуда предложено очень много средств и способов, однако результаты их мало утешительны. Упорство течения заболевания и неэффективность наружного применения всевозможных мазей и присыпок вынуждали хирургов прибегать к оперативным вмешательствам — подкожной невротомии или иссечению зудящей перианальной кожи.

Многие исследователи пытались воздействовать на нервный аппарат кожи, применяя для этого подкожное введение веществ, разрушающих нервные окончания и волокна: соляную кислоту, спирт, карболовую кислоту. С открытием местноанестезирующих средств стали применять их для блокирования периферических проводников и рецепторов в участках зуда.

В клинике госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института под руководством заслуженного деятеля науки РСФСР профессора А. М. Аминева в течение многих лет занимаются изучением заболеваний прямой кишки, разрабатываются и внедряются в практику различные методы лечения проктологических заболеваний. Одним из них является метод новокаиново-спиртных блокад, применяемый для лечения анальных трещин (Ю. А. Перов, 1959), геморроя (Ю. В. Тимохин, 1963), прокталгий и т. д.

4067 1/2

Оценивая анальный зуд как неврогенное заболевание, в патогенетической цепи которого существенную роль играют изменения в нервных элементах перианальной кожи, с 1960 года мы стали применять внутрикожные блокады зудящей перианальной кожи раствором спирта, метиленовой сини и новокаина.

В основе этого метода лежат — предложение А. Н. Рыжих (1954) лечить анальный зуд внутрикожным введением в участки зуда раствора метиленовой сини и идея лечения некоторых проктологических заболеваний с помощью новокаино-спиртовых блокад, широко пропагандируемая профессором А. М. Аминевым.

Перед нами стояла задача всесторонне разработать этот метод, дать ему клиническую оценку, показать степень его эффективности. Мы старались выявить причины заболевания у больных и уяснить значение отдельных факторов патогенеза анального зуда.

Перед началом лечения больные проходили тщательное обследование. В план клинического обследования входило: углубленный анамнез и осмотр больных, лабораторные исследования крови, мочи и кала, обследование пальцем и осмотр ректальным зеркалом прямой кишки, ректороманоскопия, определение степени морфологических изменений перианальной кожи и определение площади участков зуда.

В процессе работы возникла необходимость более глубокого обследования больных и изучения состояния нервного аппарата перианальной кожи. С этой целью нами произведены гистологические исследования нервных образований перианальной кожи у здоровых людей и больных анальным зудом, проводилось исследование анального рефлекса, болевой и температурной чувствительности, определялся порог болевой и тактильной чувствительности, измерялась сила сфинктера до и после лечения. Данные сфинктерометрии обработаны методом вариационной статистики.

Анальный зуд является довольно распространенной формой локального зуда. Среди обследованных нами 206 больных 66% составляли мужчины и 34% — женщины. 87,7% имели возраст от 21 до 60 лет. Чаще всего, по нашим данным, болеют рабочие и служащие. Длительность заболевания до обращения в клинику госпитальной хирургии была различной — от нескольких месяцев до 19 лет.

В основном больные жаловались на ощущение зуда в области заднего прохода, иногда — раздражительность, быструю утомляемость, плохой сон. Ощущение зуда локализовалось чаще

одновременно в анальном канале и перианальной коже и носило постоянный характер, усиливаясь по ночам.

Заболевание обычно развивалось постепенно. Вначале больные чувствовали незначительный зуд или жжение, которое было кратковременным и, как правило, не обращало на себя внимания. С течением времени интенсивность и длительность зуда увеличивались и причиняли больному беспокойство. Но большинство больных в это время к врачу не обращались «из-за стеснительности».

Наконец зуд усиливался до такой степени, что больные, несмотря ни на что, вынуждены были обращаться к врачу.

Часто наблюдалось волнообразное течение зуда, периоды затишья сменялись обострением. Обострения зависели от условий работы, погрешностей в диете, внешней температуры и т. д.

У большинства больных имелись значительные изменения перианальной кожи. Они выражались в гиперемии, усиленной пигментации, расчесах, мецерации. По мере прогрессирования заболевания эти изменения усиливались, кожа грубела, зудящий участок приобретал ярко-красный цвет, возвышался над уровнем здоровой кожи, появлялись глубокие трещины.

Измерения площади участков зуда показали, что чем больше прошло времени с момента заболевания, тем больше площадь зудящей кожи.

Анамнестически у многих больных выявлены те или иные перенесенные в прошлом заболевания, которые, возможно, были одной из причин возникновения зуда.

При исследовании ректальным зеркалом и проведении ректороманоскопии у 59 человек обнаружены те или иные заболевания толстого кишечника и прямой кишки, которые можно было расценить как причину зуда (геморрой, проктит, анальные трещины и т. д.).

Исследования порога болевой и тактильной чувствительности показали, что при анальном зуде порог болевой чувствительности повышается, а порог тактильной чувствительности понижается.

Данные изучения анального рефлекса говорят о том, что у значительного количества больных анальный рефлекс повышен.

Из 144 обследованных у 37 человек анальный рефлекс был повышен, у 99 — живой, у 6—снижен и только у 2 — отсутствовал.

Измерение силы сфинктера проводилось пружинным сфинктерометром, предложенным А. М. Аминевым в 1950 г., у больных

анальным зудом до лечения, после блокады и после излечения. Результаты измерения обработаны методом вариационной статистики. Эти даные иллюстрирует таблица 1, где M—средняя арифметическая, m — ошибка средней арифметической, t — показатель существенной разницы.

Таблица 1

Количество больных	До лечения		После блокады		После излечения	
	42	76	42	76	13	22
Стат. показатель / Пол	Ж	М	Ж	М	Ж	М
ТОНУС						
M	566	720	230	300	490	590
±m	23	19	13	4	34	26
Изменение в %	—	—	—59,3	—58,4	—13,5	—18
t	—	—	12	22	1,85	4
МАКСИМАЛЬНАЯ СИЛА						
M	840	1000	300	400	740	855
±m	22	23	43	15	37	30
Изменение в %	—	—	—64,3	—60	—18	—14,5
t	—	—	11	22	2,5	3

Из таблицы видно, что имеются достоверные различия между показателями сфинктерометрии до лечения, после блокады и после излечения.

Оценивая результаты обследования, можно заключить, что этиологическими факторами у наблюдавшихся больных служили перенесенные и сопутствующие заболевания прямой кишки и аноректальной области, хронические колиты, заболевания внутренних органов. У 35,7% больных причину зуда выявить не удалось. По всей вероятности, у этой группы больных в момент обследования вызвавшая зуд причина исчезла, но остались изменения в нервных образованиях перианальной кожи.

Для лечения 206 больных анальным зудом мы применили комплексный метод. Цель этого метода: 1) блокировать на более или менее длительный срок нервные окончания зудящих участков; 2) защитить перианальную кожу от вредных воздействий; 3) добиться нормализации нервной деятельности больного.

Блокада нервных элементов достигалась внутрикожным введением раствора новокаина, спирта и метиленовой сини в участки зуда. Под действием спирта и метиленовой сини нервные окончания и волокна разрушаются и теряют способность воспринимать и проводить раздражение. Происходит как бы химическая перерезка нерва. Разрывается образующийся при этом паталогический замкнутый круг.

С целью защиты перианальной кожи от вредных воздействий мы предписывали тщательное соблюдение личной гигиены, сидячие ванны с марганцовокислым калием, различные мази и присыпки. С целью воздействия на нервную деятельность применяли успокаивающие средства, снотворные, рекомендовали избегать переутомлений, переживаний и волнений.

Лечение начинали с внутрикожного введения в участки зуда раствора следующего состава: метиленовая синь 0,05, новокаин 0,5, дистиллированная вода 24,0, стерильно! Непосредственно перед блокадой в указанный раствор добавляем 2,096° метилового спирта и 10 капель раствора адреналина 1:1000.

Перед блокадой больной получает очистительную клизму, перианальную область выбривали. Положение больного на левом боку с приведенными к животу ногами, согнутыми в коленных суставах.

Выбор положения для производства блокады имеет большое значение. Кожа области заднего прохода тонкая, собранная в складки, легко подвижная. Для внутрикожного введения раствора здесь требуется хорошая экспозиция и определенные навыки. Лучше всего, по нашему мнению, в данном случае является боковое положение. Эту точку зрения разделяет Хьюгс, 1957.

Перианальная кожа обрабатывается дважды раствором Люголя. На руки надеваются резиновые перчатки, которые обрабатываются в растворе сулемы 1:1000 в течение трех минут. Участок зуда отгораживается стерильными салфетками.

С соблюдением асептики стерильным шприцем в приготовленный раствор добавляется 2,0 96° спирта и 10 капель раствора адреналина 1:1000. Для проведения блокады необходимо пользоваться 1,0 или 2,0 шприцем и, по возможности, самой тонкой

иглой для подкожных инъекций. Это позволит ввести раствор строго внутрикожно и более экономно его расходовать.

Во избежание осложнений от введенного раствора (головокружение, коллапс и т. д.), более 24,0 мы не вводили. Если указанного количества было недостаточно—назначали повторную блокаду через 2—3 дня. Обкалывание производится по типу лимонной корочки. Каждый последующий вкол делается в край уже анестезированного участка. Анестезии большого участка кожи из одного места вкола добиваться не следует, так как создающееся при этом большое давление в тканях может привести к некрозу кожи.

В процессе обкалывания может соскочить со шприца игла и произойдет разбрыгивание раствора. Поэтому желательно, чтобы лицо врача было защищено. Мы для этой цели пользовались защитным щитом.

Щит состоит из полуовально изогнутой прозрачной пластинки органического стекла, которая с помощью фибровых ремней укрепляется на голове исследователя.

Все больные, как правило, легко переносили внутрикожное обкалывание. Сразу же после блокады наступала анестезия перианальной кожи и зуд исчезал. Было несколько человек, которые сразу же после введения раствора в участки зуда чувствовали головокружение, тошноту, отмечалось некоторое побледнение. Падения сердечной деятельности не наблюдалось. Таких больных мы укладывали на кушетку и наблюдали их в течение двух часов. Применять какие-либо сердечные и тонизирующие средства не приходилось.

Через 40—60 минут после блокады больные ощущали легкое жжение или пощипывание, которое длилось 2—3 часа. У лиц с лабильной нервной системой ощущение жжения было значительным и они плохо его переносили. Мы им профилактически давали внутрь 0,5 аналгина или вводили подкожно 1 мл. 2% раствора промедола и оставляли их под наблюдением на два часа. Таких больных было всего пять человек. В течение 2—3 дней после блокады метиленовая синь выделяется с мочой и последняя приобретает слегка синюю окраску. Об этом мы больных предупреждали и объясняли природу этого явления.

Если при обследовании никаких причин возникновения зуда не найдено, таким больным кроме блокады рекомендовали проводить ряд общегигиенических мероприятий. Категорически запрещалось употребление спиртных напитков, острой пищи и пряностей. Подчеркивалась важность тщательного соблюдения

личной гигиены. Первые 5—7 дней назначали теплые сидячие ванночки с марганцовокислым калием после стула. В дальнейшем запрещали пользоваться туалетной бумагой, вместо которой рекомендовали подмывать область заднего прохода водой комнатной температуры. А лица, склонные к усиленной потливости, тучные, обязывались постоянно носить марлевую прокладку между ягодицами.

Лечение больных анальным зудом—дело трудное и хлопотливое. Наш опыт свидетельствует о возможности лечения такой категории больных в поликлинических условиях, без пребывания на больничном листе, и получить больший процент выздоровления, чем при использовании других методов лечения (по данным различных авторов).

Блокада отличается простотой, что делает ее доступной любому врачу. У подавляющего большинства больных она проводилась по одному разу. У 7 человек площадь зуда была большой, и им назначалось повторное обкалывание через 3—4 дня.

Изучение ближайших результатов в сроки от трех недель до пяти месяцев после блокады у 104 человек показало, что у большинства больных зуд исчез, у 22 — зуд уменьшился и только у одного больного улучшения не наступило. У пяти человек в отдельных участках отмечался поверхностный некроз перианальной кожи. Это было в начале применения нашего метода. В дальнейшем мы пришли к выводу, что концентрация спирта в растворе не должна превышать 8%.

Изученные отдаленные результаты лечения у 123 человек свидетельствуют об эффективности применяемого нами метода. В 97,6% наблюдений имелось полное выздоровление или улучшение. И только у трех больных анальный зуд после лечения не уменьшился.

Положительные черты предложенного нами способа лечения анального зуда при его технической простоте и безопасности дают нам право рекомендовать его для широкого применения в практической деятельности врачей.

ВЫВОДЫ:

1. Анальный зуд наблюдается преимущественно в возрасте 20—60 лет. Из 206 обследованных нами больных 66% было мужчин и 34% — женщин.
2. Площадь зудящей кожи по мере течения заболевания увеличивается.

3. Тонус анального сфинктера при анальном зуде в среднем повышается у женщин на 45 г., у мужчин — на 140 г., а волевое сокращение соответственно на 40 г. и 100 г.

4. Анальный рефлекс изучен у 144 больных анальным зудом до лечения, у 37 из них он был повышен. После лечения анальный рефлекс изучен у 38 человек, повышения рефлекса у этой группы больных не выявлено.

5. Порог тактильной чувствительности перианальной области при анальном зуде понижается, а порог болевой чувствительности повышается.

6. При анальном зуде отмечаются значительные изменения в нервном аппарате перианальной кожи. Они выражаются в аргентофилии, варикозности, фрагментации, зернистом распаде.

7. Причинами анального зуда у наблюдавшихся нами больных были заболевания внутренних органов, прямой кишки и аноректальной области. У 35,7% больных причина заболевания не найдена.

8. Анальный зуд является нейрогенным заболеванием, в основе которого лежат нарушения центрального и периферического конца кожного анализатора.

9. Отдаленные результаты изучены у 123 человек через 1—5 лет после лечения. У 97 человек из них отмечено полное выздоровление, у 23 — улучшение и только у 3 зуд остался в прежней степени.

10. Наиболее эффективным методом лечения анального зуда по сравнению с другими авторами является внутрикожная блокада участков зуда раствором метиленовой сини, спирта и новокаина в сочетании с общегигиеническими мероприятиями, соблюдением диеты и мероприятиями, направленными на нормализацию нервной деятельности.

11. Блокада отличается простотой, что делает ее доступной каждому врачу. Эффективность, безопасность и возможность поликлинического применения дают нам основание рекомендовать ее для широкого практического применения.

СПИСОК

научных работ, опубликованных по теме диссертации

1. О лечении анального зуда. Тезисы докладов 1-й Всероссийской конференции по проктологии. Москва, 1965.

2. Зуд заднего прохода и его лечение. Тезисы докладов XXIV научной сессии Куйбышевского медицинского института, посвященной 95-й годовщине со дня рождения В. И. Ленина, 1965, 68.

3. Анальный зуд (этиология, клиника, лечение). Научно-практическая конференция врачей Куйбышевской области, посвященная 50-летию Великой Октябрьской социалистической революции. Материалы конференции, Куйбышев, 1967.

4. Влияние травмы копчика на возникновение кокцигодинии и анального зуда. Вопросы травматологии. Сборник трудов врачей лечебных учреждений г. Куйбышева и медицинского института. Куйбышев, 1967.

Материалы диссертации доложены на 1-й Всероссийской конференции по проктологии (Москва, 1965) и на 329-м заседании Куйбышевского областного общества хирургов им. В. И. Разумовского (Куйбышев, 10/II 1965).

ЕО05605. 23/IV 1968 г. Тираж 350 экз. Тип. им. Мяги. Заказ № 4067.